

Le diagnostic de cette forme de trismus s'appuie sur l'absence de cicatrices et d'induration des muscles, et sur l'étude des commémoratifs.

Si la mobilité n'est pas complètement abolie, on essaiera, comme traitement, la dilatation forcée de la bouche suivie de dilatation systématique et de gymnastique locale appropriée. Si la mobilité est complètement abolie (même sous le chloroforme), on établira une pseudarthrose au niveau du condyle. On peut faire soit l'ostéotomie simple (Bérard), soit la résection du col (Bassini), soit l'excision de tout le condyle (Bottini). L'ostéotomie de la branche montante (Dieffenbach, Bruns, Grube, Middeldorpf) n'est pas ici une bonne opération, car le muscle temporal ne peut plus servir ensuite à la mastication.

Constriction musculaire. — La constriction musculaire peut disparaître spontanément ou persister longtemps. Dans le plus grand nombre des cas de périostite consécutive à la carie des molaires inférieures, ou à l'éruption des dents de sagesse, on observe ordinairement cette constriction des maxillaires. Mais aussitôt que l'affection primitive guérit, la constriction ne tarde pas à disparaître à son tour¹. Ce phénomène est de même nature que celui qu'on observe dans les autres articulations immobilisées à la suite d'inflammations péri-articulaires ; ainsi dans les abcès de la hanche on observe une immobilité de l'articulation coxo-fémorale, immobilité qui peut disparaître au bout d'un certain temps. Mais dans nombre de cas l'inflammation peut envahir les muscles et la myosite secondaire provoquer une dégénérescence scléreuse des muscles. Les cas d'ankylostome par induration des muscles masticateurs frappés de myosite primitive, doivent être très rares.

Le *diagnostic* sera basé sur l'anamnèse et l'existence d'un cordon musculaire dur.

Le *traitement* comprend la dilatation forcée de la bouche, sous le chloroforme, faite en une seule ou plusieurs séances (Porta). Ou bien on fera la myotomie qui, d'après le procédé de Bassini, consiste à plonger l'instrument au niveau du bord postérieur de l'angle du maxillaire inférieur, et à décoller de là les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne.

(1) La constriction musculaire temporaire est assez souvent d'origine hystérique. (A. B.)

CHAPITRE IX

MALADIES DE LA VOUTE PALATINE.

La voûte palatine, qui forme la paroi supérieure de la cavité postérieure de la bouche, est seule solide et immobile. Les anciens désignaient le palais, à cause de sa belle courbure, sous le nom de οὐρανός, *oris cœlum*, le ciel de la bouche ; Galien l'appelle encore οὐρανίσκος¹. Cicéron, en renversant l'image, appelait quelquefois le ciel « *palatum cœli* ».

La voûte arrondie, qu'on trouve sur la tête pourvue de ses parties molles, n'existe pas sur le squelette, sur lequel l'apophyse palatine du maxillaire supérieur se rencontre avec l'arcade alvéolaire sous un angle presque droit. Sur les pièces fraîches, cet angle est comblé par les parties molles, principalement par les glandes palatines si nombreuses à ce niveau que l'épaisseur des parties molles de cette région ne mesure pas moins de 6 à 7 millimètres. Parmi les organes de cette région pouvant intéresser le chirurgien, nous n'avons à noter que l'artère palatine descendante qui, après avoir parcouru le canal ptérygo-palatin, sort divisée en trois branches à travers les trous palatins postérieurs. La section de cette artère peut donner lieu à une hémorragie abondante.

Pertes de substance acquises. — Ces pertes de substance de la voûte palatine sont produites par un traumatisme (coup de revolver), ou une opération (extirpation d'un néoplasme), ou une ulcération. Comme la voûte palatine forme en même temps le plafond de la cavité buccale et le plancher des fosses nasales, on comprend facilement que ces pertes de substance peuvent être produites par un processus ulcéreux débutant dans les fosses nasales. Dans ces cas la perte de substance est peu étendue, et comme elle provient le plus souvent de la propagation à la voûte palatine d'un processus ulcéreux du vomer, elle siège ordinairement sur la ligne médiane.

Les pertes de substance, produites par la *destruction des gommages* du palais, sont bien plus étendues. Lorsqu'elles sont d'origine ulcéreuse, le revêtement fibro-muqueux est très souvent atteint par le processus

(1) Οὐρανός désignait en même temps la voûte palatine et le voile du palais. Vésale est le premier qui établisse une distinction entre ces deux parties. Galien désigne la voûte palatine sous le nom de τὸ κατὰ ὑπερφάν ὄστυον.

et transformé en une cicatrice fibreuse ; aussi les opérations autoplastiques présentent-elles bien plus de difficultés dans ces cas que dans les cas de pertes de substance traumatiques où la membrane fibro-muqueuse restée intacte peut être utilisée par le chirurgien¹.

OPÉRATIONS AUTOPLASTIQUES. — Pour les opérations autoplastiques dans les cas de pertes de substance acquises, Langenbeck a indiqué les procédés suivants :

1. — *Glissement* de la membrane fibro-muqueuse voisine, sur la perte de substance :

a) *Glissement latéral* ; la nutrition des lambeaux se trouve surtout bien assurée par le glissement de *deux* lambeaux quand la perte de substance est située sur la ligne médiane ou à côté d'elle ; par le glissement d'*un seul* lambeau quand la perforation siège près de l'arcade alvéolaire ou du voile du palais.

b) *Glissement sagittal* (d'avant en arrière ou d'arrière en avant).

De *deux* lambeaux, un antérieur, l'autre postérieur ;

D'*un seul* lambeau (antérieur ou postérieur).

2. — *Torsion* du lambeau qui doit avoir un pédicule large et une circulation largement assurée ; la détorsion n'a pas besoin d'être poussée loin. Quant aux détails de ces opérations, ils sont les mêmes que dans l'autoplastie des fentes congénitales du palais.

Du reste, le procédé varie en quelque sorte avec chaque cas en particulier, et quelquefois on est obligé d'utiliser non seulement les parties molles de la voûte, mais aussi celles des régions plus éloignées. Dans un cas de fente congénitale, Lannelongue tailla son lambeau dans la muqueuse qui recouvre le vomer ; pour restaurer tout une moitié de la voûte enlevée par la résection d'un maxillaire supérieur, Langenbeck prit le lambeau sur la muqueuse de la joue, et le sutura à l'autre moitié de la voûte restée intacte. Dans un cas où Simon avait besoin d'un lambeau latéral, il le prit sur la face externe de l'arcade alvéolaire.

(1) On croyait autrefois que ces gommages étaient d'origine muqueuse et que le périoste pouvait se recoller si on incisait rapidement la tumeur, dès le début de son ramollissement. On a reconnu qu'il n'en est rien : la lésion syphilitique est primitivement osseuse, et d'ordinaire elle a pour point de départ des ulcérations du plancher des fosses nasales. Le praticien doit donc savoir que la prophylaxie, malheureusement peu efficace il est vrai, des perforations palatines consiste à surveiller avec soin chez les syphilitiques le plancher des fosses nasales. On discute pour savoir si certaines perforations médianes dites scrofuleuses ne sont pas liées, en réalité, à la syphilis héréditaire tardive : la question n'est pas tranchée. En tout cas, on associera dans ces circonstances l'huile de foie de morue au traitement iodo-mercuriel. Pour que les opérations plastiques réussissent dans les perforations syphilitiques il faut, à l'aide d'un traitement médical attentif et assez prolongé, avoir éteint toute manifestation ulcéreuse avant de prendre le bistouri. Contrairement à ce qui a lieu pour les divisions congénitales, la restauration phonétique est ici parfaite.

(A. B.)

Rose fit une fois un lambeau qui s'insérait en avant sur le bord de la lèvre et qui comprenait dans son épaisseur la membrane fibro-muqueuse de la face antérieure de l'arcade alvéolaire et la muqueuse de la lèvre (cheilo-uranoplastie). Dans un cas où il a été obligé d'enlever les parties malades de la voûte palatine et un morceau de vomer, Simon tailla un large lambeau comprenant la moitié de la voûte et adhérent seulement au voile du palais et le sutura avec un autre lambeau taillé sur le côté opposé de la façon ordinaire.

Dans les pertes de substance acquises de la voûte palatine, les obturateurs donnent encore de meilleurs résultats au point de vue de la parole que dans les pertes de substance congénitales. Du reste J. Wolff et Schiltzky ont construit un obturateur qui, au point de vue de la parole, donne, dans les fentes congénitales, les mêmes résultats que les opérations autoplastiques.

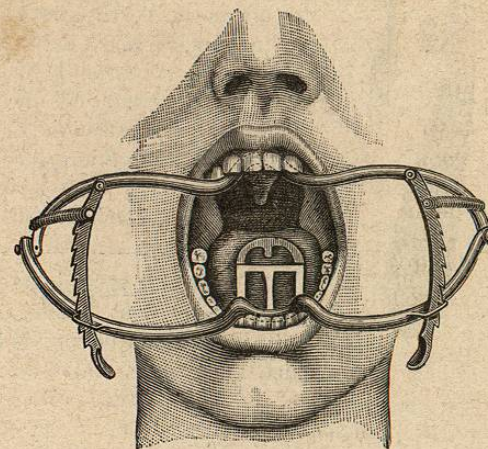


Fig. 57. — Ouvre-bouche de Whitehead.

Tumeurs. — Les tumeurs de la voûte palatine sont très rares.

On ne connaît que deux cas d'*anévrismes* de l'artère palatine (Teirling et S. Gross). Fano a réuni 8 cas d'*angiomes* de cette région ; personnellement j'en ai observé deux cas. Les *fibromes* ont été observés par Panas, Elie Politis, Adams et par moi. Un *sarcome* a été extirpé par Hofmokl ; j'en ai extirpé un autre. Un cas de *myxome* a été observé par Bryant.

Pour inspecter la voûte palatine, on n'a pas besoin d'instruments spéciaux. Dans les opérations qu'on fait sur cette région, les spéculums qui maintiennent la bouche ouverte sont d'une grande utilité ; ces instruments sont encore plus utiles quand on opère sur le voile du palais ou la paroi postérieure du pharynx. La figure 57 présente le spéculum oris de Whitehead ; la figure 58 celui de Trélat fabriqué par Collin.

Disons encore que lorsqu'on examine simplement la bouche avec un abaisse-langue, il faut déprimer non pas la base, mais le dos de la langue, car autrement le malade est pris d'efforts de vomissement, et l'abaisse-langue agit non pas comme un glosso-katochon (nom sous lequel les Grecs désignaient l'abaisse-langue), mais comme un émétique.

Les sarcomes et les myxomes s'observent quelquefois sur le *voile du palais*, et j'ai eu l'occasion d'en extirper plusieurs. Je me rappelle toujours un malade

auquel j'ai extirpé par voie extérieure un myxome qui occupait la moitié droite

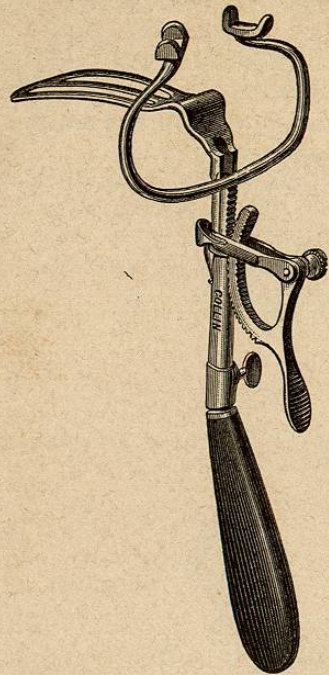


Fig. 58. — Ouvre-bouche de Trélat.

de la voûte palatine et proéminait sur la face latérale du cou. A travers une incision faite sur la partie proéminente de la tumeur, j'ai pratiqué l'ostéotomie sous-périostique du maxillaire, et cela sans ouvrir la cavité de la bouche. Cette résection, qui fut assez facile à faire, parce que le malade n'avait plus de dents, me donna assez de jour pour pouvoir extirper la tumeur qui était entourée d'une couche de tissu cellulaire lâche. Les suites opératoires furent des plus aseptiques.

Dans un cas analogue où j'ai procédé de la même façon, l'extirpation de la tumeur ne fut nullement gênée par la présence du maxillaire; on n'a eu qu'à énucléer en quelque sorte le néoplasme. Et que trouvâmes-nous à l'examen microscopique de la tumeur? Une tumeur de la parotide, qui évidemment, après avoir repoussé la paroi latérale du pharynx, avait envahi secondairement le voile¹.

(1) Il est bien possible que dans le cas auquel Albert vient de faire allusion, il ne se soit pas agi d'une tumeur de la parotide, mais bien d'une tumeur mixte née sur place, dans

les glandes salivaires du voile du palais. Le microscope est en effet impuissant à différencier ces tumeurs, qui sont identiques: dans un cas comme dans l'autre, on est en présence de tumeurs mixtes des glandes salivaires, et j'en dirai autant pour certains adénomes, fibromes, sarcomes et chondromes mixtes de la muqueuse labiale.

C'est surtout A. Nélaton qui a insisté sur ces *tumeurs bénignes du voile du palais*. Ces tumeurs, qui peuvent également occuper le palais osseux, sont fermes, lobulées, enkystées dans une coque conjonctive; leur coupe ressemble à celle de la parotide; elles peuvent contenir des kystes. Au début, on les a qualifiées d'adénomes; puis, dans certains cas, on a noté d'une part des formations conjonctives embryonnaires abondantes, d'autre part une évolution maligne, et l'on a parlé de sarcome; mais il est démontré aujourd'hui que l'on doit dire *tumeur mixte*, où s'allient en proportions variables les éléments glandulaires (adénomes et épithéliomes), conjonctifs (fibrome ou sarcome), myxomateux, cartilagineux. La différence avec les tumeurs parotidiennes est la fréquence moins grande du tissu cartilagineux. Ces données font comprendre qu'il ne faille pas exagérer la bénignité de ces tumeurs. Sans doute, la plupart du temps on observe, comme l'a dit Nélaton, des tumeurs indolentes, ne gênant que par leur volume, enkystées, faciles à énucléer et ne récidivant pas. Mais parfois la malignité est réelle, à partir d'un moment déterminé, ces tumeurs suivant en somme, pour subir une évolution sarcomateuse, une marche en deux temps analogue à celle des tumeurs de la parotide.

(A. B.)

CHAPITRE X

MALADIES DE LA LANGUE.

L'aphorisme de Celse: *In ore quædam manu curantur*, caractérise d'une façon très juste les interventions chirurgicales fort restreintes des anciens dans les affections de la bouche. La section du filet et l'ouverture des abcès de la langue, l'excision des amygdales et quelques autres interventions de la même importance étaient les seules opérations que les anciens pratiquassent sur la cavité postérieure de la bouche. Pourtant ils connaissaient la plupart des affections de cette région de sorte que les opérations qu'ils pratiquaient n'étaient guère en rapport avec l'étendue de leurs connaissances théoriques. En somme les progrès accomplis dans la chirurgie de cette région, sont presque tous de date récente.

Les affections de la langue sont si variées et si multiples que leur étude ne peut guère être faite que dans un chapitre spécial.

§ 1. — *Difformités.*

Les malformations de la langue ne présentent pas des variétés nombreuses. A côté de l'absence congénitale de la langue, affection très rare mais qui, fait curieux, gêne relativement peu la parole (contrairement à ce qu'on observe après l'ablation de la langue), à côté des fentes de la langue et de la langue double (superposition de deux langues) — deux affections également très rares — on observe encore, en fait de *malformations congénitales*, l'ankyloglosse qui est encore relativement fréquent. L'ankyloglosse est dû à des adhérences trop étendues entre la face inférieure de la langue et le plancher de la bouche¹.

Quelquefois l'affection est produite par le filet qui s'insère trop loin en avant ou qui est trop large. Le malade ne peut tirer la langue hors de la bouche, et lorsqu'il essaie de le faire, la langue prend la forme

(1) Au degré le plus avancé, l'ankyloglosse inférieure consiste dans l'inclusion complète de la langue sous la muqueuse du plancher buccal. Il faut alors faire une véritable dissection aux ciseaux, qui donne de bons résultats. (A. B.)